

ÉTUDE STATISTIQUE
DU
TRAITEMENT CHIRURGICAL
DES
PROLAPSUS GÉNITAUX
(1924 à 1938)

(Service de Clinique Chirurgicale du Professeur GUYOT)

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Lundi 19 Décembre 1938

PAR

Gaëtan, Nicolas, Alexis, ROUERQUE

Ancien Externe des Hôpitaux

Élève du Service de Santé de la Marine

Né le 21 Juin 1914 à MARSEILLE (Bouches-du-Rhône)

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, Professeur	Président
		ROCHER, Professeur	Juges
		JEANNENEY, Professeur	
		LOUBAT, Agrégé	

BORDEAUX

Imprimeries GRENOUILLEAU-LANDAIS ET LES FILS

- 1938 -



Digitized by the Internet Archive
in 2026

ANNÉE 1938-1939

N° 42

**ÉTUDE STATISTIQUE
DU
TRAITEMENT CHIRURGICAL
DES
PROLAPSUS GÉNITAUX
(1924 à 1938)**

(Service de Clinique Chirurgicale du Professeur GUYOT)

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Lundi 19 Décembre 1938

PAR

Gaëtan, Nicolas, Alexis, ROUERGUE

Ancien Externe des Hôpitaux

Élève du Service de Santé de la Marine

Né le 21 Juin 1914 à MARSEILLE (Bouches-du-Rhône)

Examineurs de la Thèse

}	MM. GUYOT, Professeur	Président
	ROCHER, Professeur	} Juges
	JEANNENEY, Professeur	
	LOUBAT, Agrégé	

BORDEAUX

Imprimeries GRENOUILLEAU-LANDAIS ET LES FILS

— 1938 —

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen	M. MAURIAC.
Assesseur	M. LABAT.
Doyen honoraire	M. C. SIGALAS.



PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSE, MOURE, RIVIERE, BARTHE, DENIGES, BEILLE, CASSAET, CHAVANNAZ, PACHON, C. SIGALAS, SABRAZES, BÉGOUIN, DUPOUY.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER.
—	DUPÉRIE.	Clinique médicale des maladies des enfants	CRUCHET.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Chimie biologique et médicale.	MACHEBOEUF.
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques	BONNIN.
Clinique d'accouchement	ANDERODIAS.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PETGES.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DAMADE.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY.
Anatomie	VILLEMEN.	Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Hygiène	LEURET.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Médecine légale et dentologie.	LANDE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	RECHOU.	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ
Chimie	CHELLE.		
Botanique et matière médicale	GOLSE.		
Pharmacie	VITTE.		
Zoologie et parasitologie	MANDOUL.		
Médecine expérimentale	AUBERTIN.		
Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.		
Physiologie	FABRE.		

LACOSTE (Histologie), PÉRY (Obstétrique), PERRENS (Maladies mentales), R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles), JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie	N.	Chirurgie générale	CHARBIER.
—	DUFOUR.	—	LOUBAT.
Physiologie	N.	—	MASSE.
Médecine générale	PIÉCHAUD.	—	DARGET.
—	DELMAS-MARSALET	—	N.
—	DE GRAILLY.	Obstétrique	RIVIERE.
—	FONTAN.	Ophthalmologie	BEAUVIEUX.
—	BROUSTET.	Oto-rhino-laryngologie	DARGET.
—	DERVILLEE	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
—	N.	Physique médicale	N.
		Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	N.

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.		MM.
Anatomie	J. BEAUVIEUX.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Physiologie	PETITEAU.	Physique médicale et pharmaceutique	AURIA.
Médecine opératoire	JEANNENEY.	Médecine légale	DERVILLEE
Accouchements	RIVIERE.	Urologie	GIRARD.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET	Botanique	MOUREAU.
Ophtalmologie	CABANNES (en congé).	Bactériologie	POPLAWSKI
Puériculture	FAUGÈRE.	Législation pharmaceutique ..	CASTAGNOU.
Pharmacie galénique	MESNARD.	Chimie minérale	

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes M. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 3 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PERE

In Memoriam.

A MA MERE

Je lui dois tout. Je lui dédie ce modeste travail, faible témoignage de mon affection sans bornes et de ma profonde reconnaissance pour les sacrifices qu'elle s'est imposés pour moi.

A MA SŒUR

Avec toute mon affection.

A MES COUSINS - A MES COUSINES

A TOUS LES MIENS

A MADAME ET MONSIEUR EDOUARD SIRACH

Chevalier de la Légion d'honneur.

Leur dévouement tout « paternel » m'a permis de réaliser mon rêve. Pour eux ma gratitude et ma reconnaissance sont infinies.

A MONSIEUR FRANCIS BELIN

*Président Général de l'Orphelinat des P. T. T.,
Officier de la Légion d'honneur.*

Ma joie est très grande de vous témoigner ici toute ma reconnaissance, autant respectueuse qu'affectueuse pour tout ce que je vous dois.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GABRIEL BERTRAND

Officier de la Légion d'honneur,

En des circonstances bien douloureuses, votre science et votre dévouement ont sauvé ma mère. Je ne l'oublierai jamais et je vous offre ce travail en gage de toute ma respectueuse gratitude.

A MES AMIS

MONSIEUR LE DOCTEUR LUCIEN BORJEIX

MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS BREMOND

Médecins des Troupes Coloniales.

A MES CAMARADES

DES SERVICES DE SANTE

DES TROUPES COLONIALES ET DE LA MARINE

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE ET DES HOPITAUX
DE BORDEAUX

A MES JUGES

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL CAZAMIAN

*Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes Coloniales,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier du Mérite Maritime,
Officier de l'Instruction Publique.*

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de Clinique Chirurgicale et Gynécologique,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André,
Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie,
Vice-Président de la Société Française de Gynécologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de Guerre,
Officier de l'Instruction Publique.*

Mon cher Maître,

Je vous dois le choix de ce travail. Mais plus encore je vous dois un précieux enseignement recueilli au cours des six mois passés dans votre service. A ce double titre, je vous prie d'agréer le témoignage de ma profonde gratitude et de mon respectueux attachement.

INTRODUCTION

Un travail sur une question aussi connue, aussi complètement étudiée que celle du traitement chirurgical des prolapsus génitaux, semble bien téméraire.

Nous n'avons aucunement l'intention d'apporter quelque chose d'original dans ce domaine.

Nous nous proposons seulement de faire parler les faits observés et les chiffres. Sur les conseils de notre Maître, M. le Professeur Guyot, nous avons relevé les observations des interventions pour prolapsus génitaux pratiquées dans son service au cours de ces quatorze dernières années.

Ces opérations ont successivement été faites à l'hôpital du Tondu (1924 à 1928) : service de chirurgie gynécologique ; à l'hôpital André Boursier (1928 à octobre 1934) : service de clinique gynécologique ; enfin à l'hôpital Saint-André (octobre 1934 à octobre 1938) : service de clinique chirurgicale et gynécologique.

Les chirurgiens furent : M. le Professeur Guyot et ses aides, assistants et chefs de clinique.

Après quelques considérations sur les modalités techniques employées dans le service, principalement en ce qui concerne « la Colpopérinéorraphie », nous ferons une étude statistique des méthodes utilisées, des diverses complications qui ont pu assombrir les suites opératoires et de la mortalité.

Mais auparavant, nous devons fixer la classification des divers degrés de prolapsus génitaux. Nous avons adopté celle que nous enseigna dans ses leçons cliniques et dans ses exposés au lit du malade, notre Maître, M. le Professeur Guyot, et qui correspond à la classification donnée par Savariaud au Congrès français de chirurgie de 1923 :

1^{er} *degré* : le col se rapproche seulement de la vulve. Le périnée résiste.

2^e *degré* : le périnée défaille ; la vessie portant à faux fait saillie à travers la vulve ; la paroi antérieure du vagin descendant de plus en plus, entraîne le col utérin que ne peut retenir un muscle releveur de l'anus insuffisant. Le col se montre alors en dehors de la vulve.

3^e *degré* : la paroi postérieure du vagin a suivi, le vagin est retourné aux trois-quarts (prolapsus incomplet), mais il reste un sillon sur les côtés et en arrière.

4^e *degré* : Assez rare. C'est le prolapsus total, dans lequel tout espèce de sillon, à la base du prolapsus, a disparu.

CHAPITRE PREMIER

LA TECHNIQUE

Avant de commencer l'exposition de cette statistique, nous avons l'intention d'exposer quelles sont les particularités des méthodes du service en insistant sur quelques points de technique dans la colpopérinéorraphie déjà décrits dans un article de la *Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique* de janvier 1928, par M. le Professeur Guyot et le docteur J. Villar.

PRÉCAUTIONS PRÉ-OPÉRATOIRES. — L'examen général et celui des urines étant faits, il est deux détails importants à étudier.

a) *L'état du col* : un gros col métritique et suintant contre-indique l'opération et nécessite un traitement médical bien conduit dont l'échec amène à faire une amputation de ce col « véritable réservoir à microbes ».

b) *Les pertes de la malade* doivent également retenir l'attention. Dans le service de M. le Professeur Guyot, on pratique systématiquement un examen bactériologique de celles-ci et on ajourne l'intervention s'il y existe du streptocoque. « Nous avons souvenir de deux échecs inexplicables dûs à l'examen bactériologique arrivé trop tard et qui, révélant la présence du streptocoque, donna après coup la clé de l'insuccès opératoire ».

Au point de vue intestinal, il est bon de vider le contenu de l'intestin par deux purgations espacées dans la semaine qui précède l'opération, de mettre la malade au régime lacto-végétarien (hypertendues) et de lui donner deux cachets par jour de benzonaphtol et d'urotropine.

ANESTHÉSIE. — La plus employée est la rachi-anesthésie, avec des doses très faibles de syncaïne (5 à 7 centigrammes). Cette anesthésie est en particulier bien supportée par les vieilles femmes. « Nous faisons simplement une piqûre de caféïne au moment même de la rachi, et nous ne voyons presque jamais ainsi « les orages » signalés souvent, au cours de ce mode d'anesthésie.

DÉSINFECTION DU CHAMP OPÉRATOIRE. — Au moyen de gogénol et un peu d'iode sur le col utérin.

EXPOSITION DE LA RÉGION PAR LE COMPAS DE RICARD. — Ce procédé donne beaucoup de jour, sans embarrasser le chirurgien de pinces ou de valves plus ou moins encombrantes. Il permet de se passer d'aides et on peut à la rigueur opérer seul un périnée en « enlevant du compas de l'écarteur de Ricard les deux valves, et en appliquant les orifices des deux branches contre la vulve. Une aiguille perfore les parois vulvo-vaginales au niveau de la base des petites lèvres et fait passer deux crins dans l'œillère de la branche du compas ; on noue et on fait la même manœuvre de l'autre côté. Il suffit alors d'écarter les deux branches pour avoir un véritable écarteur autostatique vulvaire donnant un jour excellent sur la région et réglable à volonté.

La seule précaution à prendre, c'est de placer les fils assez haut pour ne pas être gêné tout à l'heure lors du décollement périnéal. Il faut également charger assez de tissu dans l'aiguille pour ne pas, ne prenant que la muqueuse,

risquer de la déchirer lors des tractions. Deux coups de ciseaux sur les deux ligatures à la fin de l'opération suppriment facilement l'appareil ».

COLPECTOMIE ANTÉRIEURE. — Le col étant extériorisé par une pince de Museux, quatre pinces de Chaput jalonnent un losange vaginal antérieur dont le décollement, amorcé au bistouri, est terminé souvent à la compresse. Un surjet au catgut O ferme facilement la brèche. Un peu de goménol est passé sur la suture qui est refoulée au fond du vagin.

PÉRINÉORRAPHIE. — L'incision arciforme à concavité supérieure se fait à la jonction de la peau et de la muqueuse et remonte jusqu'à la base des petites lèvres (attention de ne pas couper les fils de l'écarteur). « Nous faisons alors, aux ciseaux courbes, un décollement complet recto-vaginal. Incisant plus à fond sur les côtés où le danger rectal n'est pas à craindre, nous individualisons mieux ainsi la bandelette recto-vaginale, qui, incisée, donne la clé de l'espace décollable. Au doigt, nous décollons largement la région, afin :

1° de permettre une résection et un abaissement facile de la colonne vaginale postérieure, ce qui ne tendra pas les sutures ;

2° de mieux voir les deux muscles releveurs dont la myorrhaphie constitue un temps capital de l'opération ;

3° d'explorer le cul-de-sac de Douglas. Parfois, quand il est abaissé, dans certains hédrocèles, il est fermé en bourse très haut, ce qui est une garantie contre la récurrence. Sa résection n'est d'aucune gravité ;

4° d'isoler parfaitement le rectum, ce qui facilite la pose des fils profonds et évite l'obligation de placer l'index dans l'anus afin de protéger l'intestin.

Ce décollement est rendu parfois délicat par la présence de tissus saignant au moindre coup de bistouri ; un peu de compression vient le plus souvent à bout de cette difficulté, sinon « une ou deux ligatures sur les artérioles perforant les releveurs sont nécessaires ». En second lieu, on peut avoir affaire à un périnée cicatriciel où la cloison recto-vaginale épaissie et scléreuse se laisse mal décoller. De la patience, de la prudence, et il vaut mieux ouvrir le vagin, permettent d'éviter la blessure de l'intestin. Si elle se produit, il faut faire une suture en deux plans, mais les suites risquent fort de ne pas être aseptiques. Le véritable décollement amorcé se fait au doigt et sans hémorragie. La fausse zone décollable se trouve située dans la tunique intestinale et l'on voit alors la paroi rectale réduite à sa muqueuse rouge noirâtre et hémorragique qui indique qu'on est au-dessous de la bonne zone de clivage.

MYORRAPHIE DES RELEVEURS. — A l'aiguille courbe trois forts catguts (N° 3) sont passés de haut en bas dans les espaces libres des releveurs et noués de bas en haut, interposant une barrière musculaire entre vagin et rectum.

En cas de périnée déficient, il y a intérêt à faire l'électrisation de ces muscles (Thèse Cluzan, Bordeaux) afin d'avoir des muscles plus étoffés et plus toniques.

RÉSECTION DE LA PAROI VAGINALE POSTÉRIEURE. — Une pince de Kocher marque, sur la colonne vaginale postérieure, le sommet du triangle à réséquer et empêche la rétraction du lambeau. La résection est faite assez large.

Un surjet de catgut (N° 1) d'arrière en avant reconstitue la paroi vaginale postérieure et arrive bientôt au niveau de la région vulvaire où, l'écarteur, devenant gênant, est supprimé. On arrête alors le surjet et on a ainsi deux chefs, dont l'un double, « qui sont soigneusement repérés par une pince pour exécuter ensuite le point commissural ».

FERMETURE DU PÉRINÉE. — Trois crins doubles passés de bas en haut chargent la peau et les releveurs. Le plus élevé est celui qui donnera le niveau de la nouvelle fourchette vulvaire. Il est le plus délicat à placer ; on doit ne laisser qu'un orifice vulvaire très petit qui n'aura d'ailleurs que trop de propension à s'agrandir.

LE POINT COMMISSURAL. — « Il reste alors à réunir la tranche vaginale aux parois vulvaires. Reprenant les chefs du surjet vaginal postérieur, nous les faisons passer dans la paroi vulvo-périnéale, de chaque côté de la ligne médiane et nous les nouons l'un à l'autre en rétrécissant ainsi encore la vulve et en reconstituant le plancher vaginal. Il reste de chaque côté de la ligne médiane un petit hiatus que nous ne refermons pas et qui sert justement à l'écoulement du sang souvent épanché en arrière de la suture. Il nous a semblé toujours inutile de compléter par des crins, coupant facilement, ennuyeux à enlever, voie d'infection surtout lorsqu'ils perforent le vagin, ce mode de fermeture vulvo-périnéo-vaginale, qui ne nous a donné que de très bons résultats ».

Un ou deux crins supplémentaires sont placés entre les fils profonds périnéaux en veillant à un bon affrontement et à ce qu'ils soient serrés modérément. Tous ces fils sont unis en un faisceau, pour être mieux repérés et supportés par la malade.

UNE MÊCHE VAGINALE, introduite verticalement, modérément tassée, assure l'hémostase et l'effacement des espaces morts du périnée. Elle est retirée au bout de 36 à 48 heures. On constipe la malade à l'extrait thébaïque pendant huit jours et on la purge ensuite. Alimentation lacto-végétarienne pendant la première semaine.

Les crins, surveillés de près, car ils coupent, sont enlevés du septième au neuvième jour ; la sonde de Petzer vésicale, mise à demeure, le lendemain.

Pansement tous les jours, légèrement alcoolisé pour affermir les tissus et éviter la macération. Les injections vaginales sont reprises le huitième jour.

La malade se lève le plus tard possible, au bout de trois semaines à un mois. Elle doit encore éviter de longtemps les fatigues et les travaux pénibles.

Le protocole opératoire de l'hystérectomie, d'après les idées personnelles de M. le Professeur Guyot, a déjà été décrit, tout au long, dans la thèse de Lostalot-Bachoué (Bordeaux, 1936). Nous n'avons rien à ajouter. Quant aux autres interventions, telles que : hystéropexie, triple opération française, opération de Watkins-Wertheim-Shauta, colpectomie de Müller, cloisonnement élargi du vagin suivant le procédé de Le Fort, elles sont pratiquées selon la technique de leurs promoteurs et les améliorations apportées par les auteurs dans les années qui suivirent.

Pour terminer, il convient d'insister sur le fait que M. le Professeur Guyot attache une grande importance au choix de l'anesthésie. Dans la majorité des cas, on emploie la rachi-anesthésie. Mais quand cette dernière est contre-indiquée, en particulier chez les hypotendues, on emploie l'éther donné à l'aide de l'appareil d'Ombredanne. Si on relève dans l'histoire de la malade une note pulmonaire, on utilise le mélange éther-chloroforme de Schleich.

CHAPITRE II

ETUDE STATISTIQUE DES INDICATIONS

Notre statistique porte sur 110 malades. Nous avons éliminé les interventions pour déchirures du périnée non accompagnées de prolapsus. Au point de vue de la pathogénie des prolapsus génitaux, les observations du service confirment le rôle primordial de la grossesse et de l'accouchement.

Age : les plus jeunes des opérées avaient respectivement 16 ans et 17 ans, la plus âgée 80 ans.

De 16 à 39 ans, il fut opéré	39 femmes
De 40 à 49 ans	21 femmes

Total	60 femmes
-------------	-----------

A partir de 50 ans, les opérations sont moins fréquentes :

De 50 à 59 ans, il fut opéré	27 femmes
De 60 à 80 ans	23 femmes

Total	50 femmes
-------------	-----------

Ces chiffres montrent que le prolapsus n'est pas l'apanage des femmes âgées, qu'au contraire, il est fréquent chez des sujets jeunes en période d'activité génitale.

La plupart des indications ont été constituées par des prolapsus du deuxième degré : Nous en avons réuni 58 cas, soit une proportion de 57,42 %. Dans l'ordre, nous trouvons ensuite : 25 interventions pour prolapsus du troisième degré, soit une proportion de 24,75 % ; 19 interventions pour prolapsus du premier degré, ce qui donne un pourcentage de 18,81 % ; deux interventions pour prolapsus du quatrième degré ou total, soit une proportion de 1,98 %. Enfin, dans six cas, soit 5,94 % de notre statistique, nous n'avons pu recueillir les éléments nécessaires qui nous permettent de ranger les lésions observées dans telle ou telle catégorie.

Il nous paraît intéressant de noter l'âge moyen des malades opérées en rapport avec le degré de prolapsus qu'elles présentaient :

1^{er} degré : Sur les 19 femmes qui entrent dans notre statistique :

- 1 opérée avait 17 ans.
- 3 avaient entre 20 et 29 ans.
- 8 avaient entre 30 et 39 ans.
- 2 avaient entre 40 et 49 ans.
- 4 avaient plus de 50 ans.

2^e degré : Les chiffres nous donnent les résultats suivants : sur 58 malades opérées :

- 6 avaient entre 20 et 29 ans.
- 14 avaient entre 30 et 39 ans.
- 13 avaient entre 40 et 49 ans.
- 24 avaient plus de 50 ans, la plus âgée ayant 80 ans.

3° *degré* : De notre « statistique d'âge » il ressort que pour 25 opérées :

1 avait de 20 à 29 ans.

1 avait de 30 à 39 ans.

6 avaient de 40 à 49 ans.

17 avaient plus de 50 ans.

4° *degré* : Des deux femmes opérées, l'une avait 54 ans, l'autre 75 ans.

Les femmes en période d'activité génitale semblent l'emporter dans les deux premiers degrés puisque nous en avons relevées 48 au-dessous de 50 ans contre 28 qui avaient dépassé cet âge. La proportion s'inverse dans les deux derniers degrés et nous donne 8 malades de moins de 50 ans contre 19 ayant dépassé la cinquantaine. Il est bien entendu que ces chiffres ne tiennent pas compte des 6 cas de prolapsus, qui n'ont pu être étiquetés.

Pour être complète cette étude statistique des indications doit comporter également le pourcentage respectif des prolapsus génitaux simples, c'est-à-dire ceux ne s'associant à aucune autre malformation anatomique ou à aucun autre processus morbide.

Nous rapportant aux classiques, nous laisserons de côté les lésions du col : gros col hypertrophique, les ulcérations du col ou des parois vaginales et utérines; elles ne sont pas à proprement parler des accidents venant compliquer les prolapsus génitaux, mais le plus souvent des phénomènes mécaniques accessoires qui entrent dans le cadre de la symptomatologie de l'affection. D'autres part elles ne modifient en rien, après un traitement médical bien conduit, ainsi qu'il a été dit dans l'exposé de la technique du service,

la nature de l'intervention à pratiquer. M. le Professeur Bégouin, dans son rapport au Congrès français de chirurgie de 1923, considère comme accessoires du processus opératoire l'amputation du col utérin ou le curettage.

Au contraire, nous relevons dans notre statistique, 33 cas, soit un pourcentage de 32,67 %, où l'association du prolapsus à une complication anatomique, infectieuse, siégeant dans la sphère uro-génitale, a forcé le chirurgien à pratiquer une opération complémentaire ou une opération différente de celle qu'il aurait faite, s'il avait eu seulement en vue la cure du prolapsus.

Nous avons classé ainsi ces 33 cas particuliers :

A. — Prolapsus et position vicieuse de l'utérus (mise à part la descente de cet organe) : 20 observations se subdivisant elles-mêmes en :

14 prolapsus compliqués de rétroversion.

2 prolapsus compliqués d'antéflexion et de rétroposition.

3 prolapsus compliqués de rétroflexion et de rétroposition.

1 prolapsus compliqué d'antéflexion.

B. — Prolapsus avec gros corps suspect de fibromes ou de tumeur maligne : 2 observations.

C. — Prolapsus accompagnés de lésions infectieuses : 5 cas dont :

1 avec pyosalpinx.

2 avec col métritique.

2 avec streptocoques dans les sécrétions vaginales.

Enfin nous mentionnons maintenant 6 cas complexes, qui ne peuvent être rangés dans une classification systématique :

a) Un cas de prolapsus associé à une hernie inguinale droite avec présence de streptocoques dans les sécrétions vaginales.

b) Une malade atteinte de prolapsus et souffrant au niveau des annexes droites.

c) Une autre présentant en plus de son prolapsus, un col métritique, un utérus en rétroversion, masses annexielles et des streptocoques dans les sécrétions vaginales.

d) Un prolapsus coexistant avec un cysto-épithélioma de l'ovaire.

e) Un autre accompagné d'un kyste de la paroi postérieure du vagin; un dernier d'un kyste au niveau du méat urétral.

Nous terminerons en indiquant que trois des malades avaient déjà été opérées dans d'autres services pour prolapsus génitaux, une avait subi une opération de Doléris, la seconde une colpopérinéorraphie, la troisième une intervention de nature non précisée.

Nous n'avons pu recueillir aucun renseignement complémentaire sur ces trois cas. Signalons également que 5 femmes figurant dans notre statistique avaient subi une hystérectomie subtotale, antérieurement à l'apparition de leur prolapsus, les unes pour fibrome utérin, les autres pour annexite ou métro-annexite.

CHAPITRE III

ETUDE STATISTIQUE DES METHODES OPERATOIRES

Après avoir exposé au début de notre travail les différentes méthodes utilisées dans le service, nous allons préciser leur fréquence relative sans aucun commentaire. Nous les diviserons, selon l'enseignement de M. le Professeur Guyot et selon le plan adopté par Savariaud au Congrès français de chirurgie de 1923, en deux catégories : celles qui se pratiquent par la voie basse vagino-périnéale, celles qui se pratiquent par la voie haute. Un autre paragraphe sera consacré aux opérations combinées ou associées.

A. — *Opérations par la voie haute.*

Ligamentopexies, méthode de Doléris : 4.

Hystéropexies isthmiques, méthode de P. Delbet : 2.

Hystérectomies subtotaux : 2.

B. — *Opérations par la voie basse.*

Colpopérinéorrhaphies : 51.

Cloisonnements du vagin, méthode de Le Fort élargie :
15.

Hystérectomies vaginales : 5.

Hystéro-colpectomie : 1.

Colpectomie postérieure : 1.

C. — *Opérations combinées par les deux voies
ou associées par la même voie.*

Colpopérinéorraphies + ligamentopexies (Doléris) : 17.

Colpopérinéorraphies + hystérectomies subtotaux : 4.

Triple opérations françaises : 3.

Hystérectomie subtotale + colpectomies antérieure et postérieure : 1.

Cloisonnement du vagin (Le Fort) + périnéorraphie : 1.

Colpopérinéorraphie + hystéropexie isthmique (Delbet)
+ ligamentopexie (Doléris) : 1.

Périnéorraphie + ligamentopexie (Doléris) : 1.

Hystérectomie vaginale + colpopérinéorraphie : 1.

Les pourcentages de cette statistique indiquent que :

— dans 66,36 % les chirurgiens employèrent la voie basse.

— dans 26,36 % les chirurgiens employèrent la voie basse
et la voie haute combinées.

— dans 7,27 % les chirurgiens employèrent la voie haute.

Du point de vue de leurs indications respectives :

1° Les 8 interventions par voie haute ont porté sur :

Prolapsus du 1^{er} degré : 2.

Prolapsus du 2^e degré : 6.

Tous étaient compliqués d'utérus en rétroversion. Dans un cas existaient, en outre, des lésions annexielles. Les malades étaient âgées de 26 à 53 ans.

2° Les 72 interventions par voie basse se répartissent ainsi :

8 pour prolapsus du 1^{er} degré.

36 pour prolapsus du 2^e degré.

22 pour prolapsus du 3^e degré.

2 pour prolapsus du 4^e degré.

5 pour prolapsus ?.

Parmi lesquels 3 étaient coexistants avec un utérus en rétroversion, deux avec un utérus en rétroposition et un avec un cysto-épithélioma de l'ovaire.

43 malades avaient dépassé la cinquantaine, 30 étaient moins âgées.

3° Les 29 interventions par voie basse et voie haute combinées furent faites pour :

Prolapsus du 1^{er} degré : 10.

Prolapsus du 2^e degré : 16.

Prolapsus du 3^e degré : 3.

Avec comme complications : 8 cas d'utérus en rétroversion, 3 cas d'utérus fibromateux, 2 cas d'utérus en antéflexion et rétroposition, un cas d'utérus en antéflexion, 1 cas de métro-annexite et un d'annexite droite.

23 malades avaient moins de la cinquantaine, 6 l'avaient dépassée.

— *Appendicectomies complémentaires* :

Sur 20 ligamentopexies, méthode de Doléris, on a pratiqué 5 fois l'appendicectomie complémentaire, soit dans une proportion de 25 %.

— *Amputation du col* :

Nous en avons noté 3 cas, une au cours d'une colpoperinéorrhaphie, une au cours d'un cloisonnement du vagin (méthode de Le Fort), la dernière au cours d'une « Triple opération française ».

— *Trachélopexie ligamenteuse de Jacobs* :

Nous en relevons 3 cas sur 7 hystérectomies subtotaux, faites seules ou associées à une autre méthode, soit un pourcentage de 42,8 %.

— *Greffes ovariennes* :

Elles complétèrent 2 des 7 hystérectomies abdominales pratiquées, soit une proportion de 28,5 %.

— *Cautérisation du col* :

Un seul cas au cours d'un cloisonnement du vagin (méthode Le Fort).

Enfin nous signalerons l'exérèse d'un kyste de la paroi postérieure du vagin, la cautérisation d'un polype au niveau du méat urétral relatées dans le protocole opératoire de deux colpopérinéorraphies, ainsi que la cure radicale d'une hernie inguinale au cours d'une ligamentopexie (méthode de Doléris).

La fréquence et la place prépondérante qu'occupe « la colpopérinéorraphie » dans notre statistique, nous a frappé : elle fut utilisée 73 fois (seule ou combinée à d'autres méthodes), soit dans une proportion de 66,36 %. Encore, ne faisons-nous pas entrer en ligne de compte les trois « Triple opérations françaises ». C'est pourquoi nous avons jugé bon de vérifier cette fréquence en fonction des lésions rencontrées. Nous avons obtenu les chiffres rapportés ci-après :

Prolapsus du 1^{er} degré : 15.

Prolapsus du 2^e degré : 43.

Prolapsus du 3^e degré : 11.

Prolapsus ? : 4.

Les malades porteurs de ces infirmités avaient dépassé la cinquantaine dans 46 cas, soit un pourcentage de 60,27 %.

CHAPITRE IV

ETUDE STATISTIQUE DES COMPLICATIONS

Nous avons relevé sur les observations du service et sur le cahier d'opérations les complications suivantes survenues soit au cours de l'opération, soit pendant les suites opératoires.

A. — Au cours de l'opération.

1° Une fois le compte rendu cite « la blessure accidentelle du rectum » au cours de la colporraphie postérieure. A la suite se déclara une fistule recto-vaginale, malgré la suture faite selon la technique exposée plus haut. Cependant l'évolution ultérieure fut favorable et la malade sortit guérie.

2° Quatre fois les chirurgiens rencontrèrent des difficultés en pratiquant « l'hémostase ».

OBS. 32.225 : Colpopérinéorrhaphie. Femme très vasculaire. Hémostase très difficile. La malade quitte la salle d'opération saignant encore. Le soir, l'hémorragie est arrêtée. La plaie suinte un peu dans les jours suivants. Guérison.

OBS. 34.007 : Colpopérinéorrhaphie. Dissection difficile de la paroi vaginale et du rectum en raison des tractus fibreux et de l'hémorragie très importante. Mise en place d'un drain. Bonnes suites opératoires.

OBS. 34.150 : Colpopérinéorrhaphie. En raison d'une opération précédente (périnéorrhaphie) la malade saigne. On est obligé de faire deux petites ligatures et de mettre un drain dans l'espace décollable. Les pertes de sang persistant après la cicatrisation, on pense qu'elles sont d'origine utérine.

OBS. 36.018 : Colpopérinéorrhaphie. Hémorragie importante dans l'espace recto-vaginal qui nécessite la mise en place d'un drain. Suites opératoires favorables.

3° Deux fois les difficultés vinrent non pas de l'hémotase, mais des lésions elles-mêmes :

OBS. 31.209 : Périnéorrhaphie. On abandonne l'idée d'une colporrhaphie antérieure, car le col très haut, fixé, ne descend pas. Le vagin se révèle extrêmement friable sous les pinces. La périnéorrhaphie postérieure est rendue difficile par l'existence de tissu cicatriciel, par la congestion responsable d'une hémorragie en nappe, désagréable et par l'extrême friabilité du vagin qui se déchire sous les pinces. Cependant décollement recto-vaginal correct. Hémostase minutieuse. Bon état local à la sortie.

OBS. 33.040 : Cloisonnement du vagin (méthode de Le Fort) : opération délicate par le fait qu'il s'agit d'une cystocèle et que la partie postérieure du vagin s'exteriorise mal. Excellent état à la sortie.

4° Nous avons également recueilli « deux accidents anesthésiques ».

OBS. 1 : Colpopérinéorrhaphie. Le lendemain, vomissements verts attribués à la rachi-anesthésie. Le troisième jour, céphalée, faciès grippé, les vomissements deviennent beaucoup plus abondants, la malade est agitée. Cet état est amélioré pendant 3 ou 4 heures par l'injection intraveineuse de 20 cc. d'eau distillée et par l'injection sous-cutanée

de 500 cc. de sérum. Le cinquième jour, les accidents subissent une recrudescence. L'injection d'eau distillée amène une sédation définitive et immédiate.

Obs. 2 : Colpopérinéorraphie + ligamentopexie (Doléris). Anesthésie au mélange de Schleich : légère brûlure de l'œil gauche par l'anesthésique. Régression très rapide en trois jours par les pansements humides.

Nous n'avons pas relevé de cas de syncope grave ou bénigne.

B. — Complications post-opératoires.

Nous avons fait une étude globale des accidents post-opératoires. Ce n'est que dans les complications les plus importantes que nous avons spécifié la technique employée et l'affection en cause.

Ces complications peuvent être immédiates, précoces, secondaires.

1° *La complication immédiate* est constituée par le « choc opératoire ». Nous ne pouvons en parler, les dossiers ne mentionnant aucune indication spéciale.

2° *Les complications précoces* sont, avant tout, « des accidents pulmonaires ». Leur gravité est essentiellement variable, 9 fois elle a été suffisante pour être notée sur l'observation (8,10 %). Les uns sont constitués par des bronchopneumonies, les autres par des congestions pulmonaires ou pleuro-pulmonaires. Elles apparurent après les modes d'anesthésie suivants :

Rachi-anesthésie : 2.

Ether-Ombredanne : 3.

Mélange de Schleich : 3.

Précoces sont aussi les « accidents cardiaques » dont nous rapportons deux observations :

Obs. 33.031 : Malade de 68 ans, dyspnéïque, œdème des membres inférieurs, déjà au traitement digitalique. Rachianesthésie : opération de Le Fort. A 20 heures, le soir de l'intervention, brusquement sensation d'angoisse précordiale avec tendance à la syncope, gêne respiratoire. T. A. : Mx. : 9 ; Mn. : 5 ; Io. : 1/2. Le pouls est irrégulier, le faciès vultueux, on note des sueurs profuses.

A l'auscultation : souffle systolique et souffle tubo-pleural dans l'aisselle droite. Traitement à l'éphédrine et au sérum glucosé. Il s'ensuit une sédation de tous les phénomènes. Alors apparaît un œdème du membre inférieur d'origine circulatoire, probablement en raison des varices que présente la malade. Immobilisation dans une gouttière. L'œdème de jambe persistant, les bruits du cœur étant mous, on soupçonne une myocardite chronique et la malade est transférée dans une salle de médecine.

Obs. 33.130 : R. M..., 36 ans. Malade atteinte d'insuffisance mitrale. Le lendemain d'une ligamentopexie (Dolérís) et appendicectomie, sous anesthésie à l'éther, cette insuffisance s'aggrave et on a recours à un traitement digitalique intense qui apporte une grande amélioration.

Dans la même catégorie de complications se placent les « accidents hémorragiques post-opératoires ». Notre statistique ne fait mention d'aucune hémorragie grave et porte sur trois cas :

Obs. 1 : Colpopérinéorrhaphie et ligamentopexie (Dolérís) : en faisant le pansement on constate qu'il y a rétention de sang noirâtre, non coagulé, dans le vagin. Après un nettoyage soigneux, on place une mèche imbibée d'hémostyl. Guérison à la sortie où l'on constate qu'un point de la suture périnéale a cédé.

Obs. 2 : Hystérectomie vaginale. Faisant suite à l'écoulement d'un liquide fétide, se produisit une hémorragie assez abondante qui céda avec des pansements à l'hémostyl.

Obs. 3 : Colpopérinéorrhaphie. La malade perd du sang par le vagin pendant plusieurs jours. On suppose qu'il s'agit d'un hématome au niveau de la suture vaginale. Guérison.

Nous avons relevé un « hématome sous-péritonéal » diagnostiqué par le médecin traitant de la malade après sa sortie de l'hôpital. Le gros danger fut dû à ce qu'il y avait possibilité d'infection :

Obs. 33.024 : Il s'agissait d'une hystérectomie subtotale dans laquelle l'hémostase avait été « impossible ». La malade revint dans le service 10 mois après avec un hématome enkysté du Douglas. Un mois de traitement médical n'ayant donné aucun résultat, on dut intervenir. Laparotomie médiane : dans le fond du Douglas on est obligé de procéder à la dissection prudente de l'hématome. Drainage à la Mikulicz. Il s'ensuivit une fistule stercorale peu importante qui guérit. Le Douglas restant empâté, on pratique la columnisation du vagin et on fait de la diathermie. Guérison.

Les « accidents abdominaux » se résument dans notre statistique au cas suivant : ballonnement abdominal, inquiétant les deux premiers jours, qui cède au sérum hypertonique.

Les « complications phlébitiques » sont toujours à redouter durant la convalescence des femmes ayant subi une intervention portant sur les organes du petit bassin. Au nombre de 6, elles donnent un pourcentage de 5,4 %. Leurs formes cliniques furent les suivantes :

Phlébites unilatérales : 5.

Phlébite à début embolique : 1, dont voici l'histoire :

OBS. 31.227 : A. A..., 34 ans, Bacillaire, Anesthésie au Schleich. Colpopérinéorrhaphie + ligamentopexie (Doléris). 7 jours après l'intervention, le 17 février 1931, hémoptysie sans modification des bruits auscultatoires en même temps qu'apparaît une douleur au niveau du mollet gauche. Le 25 février 1931 : le membre inférieur gauche est tendu, douloureux. Le 9 mars 1931 : la malade est prise brusquement d'un point de côté très violent avec forte dyspnée et crachats hémoptoïques. Le 17 mars 1931, malgré le traitement par la digitale, la morphine, le repos absolu, les cataplasmes sinapisés sur la région précordiale, la malade est très fatiguée, son pouls est embryocardique. Le 23 mars 1931 : on découvre un foyer de congestion à la base droite ; on donne de l'Eucalyptine. A partir du 15 avril on note une régression de tous les phénomènes. Apyrexie le 29 avril 1931 : mobilisation du membre inférieur gauche. 13 mai 1931 : guérison.

Enfin, parmi les autres diverses complications secondaires, rencontrées au cours de notre statistique, nous avons noté :

Une « rétention d'urine » chez une femme de 55 ans. A la suite d'une colpopérinéorrhaphie, sous rachi-anesthésie, les urines s'écoulent mal par la sonde urétrale. Le lendemain on change la sonde, ce qui montre une rétention d'urine de 1 litre environ. Au bout d'une semaine les accidents se sont amendés; ils reprennent trois semaines plus tard et la malade est transférée dans le service d'urologie. Les petites rétentions d'urine, si fréquentes, durant deux ou trois jours, n'ont pas été notées sur les observations.

Trois « cystites » : sept jours après l'intervention, les malades ressentirent des contractions vésicales douloureuses avec émission d'urines troubles et épaisses. Les lavages vé-

sicaux au goménol, l'urotropine amenèrent la guérison chez deux d'entre-elles. Chez la troisième d'autres complications survinrent.

Deux « fistules stercorales » à évolution favorable.

Une « vaginite » siégeant surtout au niveau de la vulve, est traitée avec succès par l'huile goménolée.

Cinq « complications pariétales » constituées par un décollement partiel des sutures, au moment de l'ablation des points, se répartissent ainsi :

Avec suppuration et léger sphacèle : 2 (disparition par les lavages au Dakin).

Sans suppuration ni sphacèle : 3.

Dans les cinq cas il a du probablement s'agir de phlébites pariétales où d'infection microbienne attribuable à une faute au cours des pansements.

Deux « parotidites », dont une double et suppurée.

Une « otite » moyenne aiguë gauche.

Trois « syndromes de rétention azotée » : ils apparurent dans des conditions identiques, au lendemain de l'intervention et leurs principales manifestations furent : torpeur, céphalée, vomissements, diarrhée. B. W. négatifs. Les azotémies s'élevaient respectivement à 0,56, à 1,05, à 0,96. Les tensions artérielles étaient normales ou voisines de la normale. Le traitement médical institué amena la guérison en un mois.

Deux « accidents nerveux » sous forme de parésie motrice ou de névralgie.

1° Parésie radiale droite, chez une femme de 27 ans, spécifique, qui disparaît sous l'effet d'injection de « 914 ».

2° Chez une femme de 53 ans. B. W. négatif. T. A. : 18 ; 9 ; Io. : 4. Trois semaines après l'opération se déclare une légère parésie du bras droit, qui ne peut effectuer certains mouvements et dont la force est notablement diminuée. Rétrocession complète de cet accident sous l'action d'un traitement médical hypotenseur.

Une « récédive complète » d  e à l'indocilité de la malade qui s'agite beaucoup et déplace sonde et pansement. Une nouvelle intervention réussit pleinement.

En résumé, le pourcentage des accidents pr  oces et secondaire est, dans notre statistique, de :

- Accidents pulmonaires : 9 ; 8,10 %.
- Accidents cardiaques : 2 ; 1,81 %.
- Accidents hémorragiques post-opératoires : 4 ; 3,63 %.
- Phlébites des membres inférieurs : 6 ; 5,4 %.
- Accidents urinaires : 4 ; 3,63 %.
- Fistules stercorales : 2 ; 1,81 %.
- Décollements partiels des sutures : 5 ; 4,54 %.
- Parotidites : 2 ; 1,81 %.
- Syndromes de rétention azot  e : 3 ; 2,72 %.
- Accidents nerveux : 2 ; 1,81 %.

Nous n'avons pas pu étudier les suites tardives des opérations du service, car nos observations ne portent que sur la durée de séjour des malades à l'hôpital.

La gravité de ces complications fut extrêmement variable. Depuis le simple incident, la petite alerte sans lendemain, jusqu'à la mort, nous avons rencontré tous les degrés. L'intervention en fut souvent, non cause déterminante, mais cause d  cha  nante.

CHAPITRE V

ETUDE STATISTIQUE DE LA MORTALITE

Notre statistique comporte un chiffre de 8 décès pour 110 opérations pratiquées, ce qui donne un pourcentage de mortalité de 7,27 %.

Mais ceci n'est qu'un chiffre global qui porte sur des cas cliniques de gravité très différente pour lesquels on a utilisé des techniques multiples. Nous nous réservons le droit de le discuter.

Nous grouperons ensemble les observations dans lesquelles la technique aura été la même et où les indications auront été comparables.

Les causes des décès furent les suivantes :

Défaillances cardiaques. Embolies : 2 ; 1,81 %.

Complications pulmonaires : 3 ; 2,72 %.

Parotidite double suppurée : 1 ; 0,90 %.

Causes diverses : 2 ; 1,81 %.

Nous donnons d'abord un exposé complet de chacun de ces cas de léthalité.

A. — Défaillances cardiaques. Embolies.

Les suite opératoires n'ont pas été fidèlement notées sur les feuilles d'observation. Nous sommes donc obligé de nous en tenir à ce que nous avons pu recueillir et de rester dans le domaine de l'imprécision.

OBSERVATION I

R. M., 59 ans, cultivatrice. Entre à l'hôpital pour être opérée de prolapsus génital. A l'examen : périnée très diminué de hauteur; légères cystocèle et rectocèle; le col, d'aspect normal, apparaît à la vulve. Toucher vaginal : corps rétro-versé, culs-de-sacs libres et souples.

T.A.: 13 - 9. Io.: 3.

Ligamentopexie (méthode de Doléris) associée à une colpopérinéorrhaphie, sous anesthésie générale au mélange de Schleich, le 13 août 1926. Mort le 19 août 1926 d'embolie.

OBSERVATION II

M. V., 55 ans, domestique. Rectocèle marquée sans cystocèle. Le col se montre à la vulve. Avant son entrée à l'hôpital, la malade a eu une violente crise de coliques néphrétiques.

T.A.: 16 - 7. Io.: 2. Azotémie: 0,60 p. 1.000.

On retarde l'intervention et on soumet la malade à un régime lacto-végétarien. Purgations. L'azotémie tombe à 0,45 p. 1.000.

Colpopérinéorrhaphie le 11 juin 1930.

Mort le 17 juin 1930 d'embolie.

B. — Complications pulmonaires.

Elles ont existé dans trois observations.

OBSERVATION III

B. J., 32 ans. VI pare. Prolapsus du 2° degré associé à un utérus polyfibromateux.

Rachianesthésie à la syncaïne: colpopérinéorraphie. Puis la rachi étant insuffisante, on pratique une anesthésie générale au Schleich: hystérectomie subtotale sans incidents.

Le soir même, choc très important, pâleur, sueurs profuses, pouls presque imperceptible aux environs de 130. Pas de dyspnée, pas d'agitation, la voix est normale. Ces trois signes modifient le tableau clinique de sorte qu'on pense plutôt à un effet toxique dû à la rachi qu'à un choc véritable dû à l'opération.

On fait à la malade du « Murphy », de la caféine, 500 cc. de sérum, et on lui administre de la digitaline.

Dans la nuit, amélioration qui persiste pendant deux heures. Mais, dès le lendemain, la température oscille entre 38 - 39 degrés, une broncho-pneumonie se déclare qui emporte la malade le 12° jour, malgré un traitement intensif: tonicardiaques, sérum, oxygène, vaccins, abcès de fixation.

Il serait possible de mettre la complication sur le compte de l'anesthésie mixte: rachianesthésie à la syncaïne suivie d'anesthésie générale au mélange de Schleich.

OBSERVATION IV

B. J., 64 ans. Malade porteuse d'un prolapsus du 2° degré. A subi en 1893 l'exérèse d'un ganglion tuberculeux de la région axillaire.

Opération le 8 janvier 1929. Anesthésie générale au mélange de Schleich: colpopérinéorraphie.

Mort le 15 janvier 1929 de broncho-pneumonie.

OBSERVATION V.

G.-M. R., 58 ans, domestique. Entre pour prolapsus du 3^e degré.

L'examen général révèle de l'arythmie et des varices siégeant aux membres inférieurs.

Opération le 10 décembre 1929: cloisonnement du vagin (méthode de Le Fort).

Suites opératoires: la température monte aussitôt à 38°. Auscultation: congestion des deux bases avec foyer double. Le pouls suit la température les deux premiers jours, puis il y a dissociation. La température monte à 39°; le pouls reste à 90. Comme traitement : huile camphrée, spartéine, digitaline, eucalyptine, abcès de fixation. Décès le 16 décembre 1929.

C. -- Parotidite double suppurée.

OBSERVATION VI

C. M., 54 ans, cultivatrice.

Il s'agissait d'une femme déjà soignée pour métrite se traduisant par d'abondantes pertes blanches, d'odeur fétide, chez laquelle on diagnostique un prolapsus du 2^e degré.

Auscultation du cœur: souffle de rétrécissement mitral à la pointe. B.W. négatif.

Opération le 26 janvier 1934: anesthésie générale au mélange de Schleich: colpopérinéorrhaphie.

Les suites opératoires furent parfaites jusqu'au 6^e jour.

1^{er} Février 1934 : On constate une tuméfaction bilatérale des parotides surtout marquée à gauche. On pose des sangsues. On fait des pansements humides. On tente un abcès de fixation qui ne prend pas.

2 Février : La température dépasse 38°. La tuméfaction parotidienne a un aspect inflammatoire. Trois incisions de la parotide gauche montrent une infiltration purulente de la glande.

4 Février : La température atteint 39°. Le pouls bat à 120. On note une infiltration du plancher de la bouche, à gauche, avec refoulement de la glande. On incise le plancher de la bouche, et il s'écoule une assez grande quantité de pus.

6 Février : La température se maintient à 39°.

Examen des urines. — Albumine : 0 gr. 20. Sucre : 8 gr. 10. Acétone : 0.

On fait 10 unités d'insuline à la malade en même temps que du sérum bicarbonaté. On ajoute des tonicardiaques. On note du subdélire, et l'état général est très atteint.

7 Février : Le plancher de la bouche et la parotide (côté droit) sont pris à leur tour. Il apparaît du muguet buccal.

8 Février 1934 : La malade, à toute extrémité, est emportée chez elle sur la demande de sa famille.

D. — Causes diverses.

OBSERVATION VII

B. A., 48 ans, cuisinière.

Antécédents : depuis 1915, la malade souffrait de crises de coliques néphrétiques caractérisées par des hématuries et la

présence de sable rouge dans les urines. Elles se reproduisaient à la cadence de 1 à 2 fois par semaine. Elles ont disparu en 1924.

Examen : prolapsus du 2^e degré avec corps utérin en rétroversion et présence de streptocoques dans les sécrétions vaginales. De plus, la malade est atteinte d'une hernie inguinale droite.

Auscultation du cœur : arythmie. La malade s'essouffle très rapidement dès qu'elle fournit un effort. Les membres inférieurs sont variqueux avec un léger œdème rétromalléolaire.

Ajoutons que cette femme présentait de la pollakiurie associée à de « la polyurie trouble de Guyon ».

Opération le 21 mars 1925 : ligamentopexie (méthode de Doléris), complétée par la cure radicale de la hernie.

Mort le 24 mars 1925.

Nous n'avons trouvé aucune indication sur la cause du décès. Doit-il être imputé à une défaillance cardiaque, à une embolie, à une infection urinaire, à une septicémie à streptocoques ? La question reste sans solution.

OBSERVATION VIII

L. F., 80 ans. Malade ayant un passé urinaire. Elle entre porteuse d'un prolapsus du 2^e degré.

Opération le 31 janvier 1935. Anesthésie générale au mélange de Schleich: colpectomie postérieure.

Après l'intervention, la malade est très agitée. Elle se lève, marche, perd sa sonde.

Le 4 février, elle souffre de la vessie et on découvre des signes de cystite en même temps que des râles de bronchite bilatérale. La température est à 38° 5. On fait des lavages vésicaux au nitrate d'argent.

5 Février : La malade est extrêmement fatiguée avec des alternatives de torpeur et d'excitation. La langue est sèche et fuligineuse. Une escharre se forme au niveau de la fesse droite.

Traitement : sérum salé hypertonique de Gosset : 2 injections intraveineuses de 25 cc.

Sérum bicarbonaté : une injection intraveineuse de 20 cc.

Solucamphre ; ouabaïne intra-musculaire (2 cc.).

Digitaline per os : XX gouttes.

6 Février : La malade, très agitée, se lève. L'azotémie s'élève à 1,45 p. 1.000. On ne peut connaître la quantité d'urines émise par la malade qui se lève et urine à terre.

9 Février : Langue rôtie. Torpeur.

9 Février : Décès. Crise d'urémie.

Discussion.

Au total le pourcentage brut de mortalité est de 7,27 %.

Si nous groupons nos malades suivant les indications qui ont motivé l'intervention, nous trouvons :

7 prolapsus du 2^e degré.

1 prolapsus du 3^e degré.

Nous indiquons maintenant le nombre de cas mortels en relation avec la nature de l'opération pratiquée.

Sur 51 colpopérinéorraphies : 3 décès.

Sur 17 colpopérinéorraphies combinées à une ligamentopexie (méthode de Doléris) : 1 décès.

Sur 15 cloisonnements du vagin (méthode de Le Fort) : 1 décès.

Une mort après une ligamentopexie (méthode de Doléris) associée à la cure radicale d'une hernie.

Un décès à la suite d'une colpectomie postérieure.

Nous sentons toute la relativité de ces chiffres car ils portent sur des ordres de grandeur très différents.

La lecture des dossiers de deux de ces opérées malheureuses nous révèle des faits qui méritent d'être signalés. Ces malades furent opérées pour prolapsus génital, mais en plus l'une subit une hystérectomie subtotale pour utérus polyfibromateux, l'autre une cure radicale de hernie. Les dangers et les risques opératoires de ces interventions sont réels et ont été l'objet de maintes discussions et de maints rapports et nous pensons que leur responsabilité est grande dans le décès de ces deux « opérées ».

De nouveau nous insistons sur une remarque déjà faite précédemment. Notre travail ne porte que sur les prolapsus génitaux nettement caractérisés et cliniquement diagnostiqués. Nous avons systématiquement éliminé, car nous croyons qu'elles ne doivent pas figurer dans le cadre de notre sujet, les observations de malades atteintes de déchirures périnéales complètes ou incomplètes. De même nous avons négligé les cas de rétroversion, de rétroposition, d'antéflexion du corps utérin. Ces malformations acquises ne

pouvaient, à notre sens, figurer dans une statistique sur les prolapsus génitaux, si l'on reste fidèle à la définition que nous avons adoptée.

Nous faisons également remarquer que l'âge moyen des « opérées » de notre statistique est supérieur à celui mentionné dans d'autres articles de la littérature médicale.

Si le prolapsus génital n'est pas en lui-même une affection grave, il est cependant une affection sérieuse quand on considère l'infirmité qu'il en résulte chez les femmes qui en sont atteintes. Pour guérir ou soulager d'une manière appréciable et durable, on ne peut faire confiance aux diverses sortes de pessaires qui blessent, érodent les muqueuses, deviennent le point de départ de processus infectieux et ne remplissent que très imparfaitement leur rôle. C'est pourquoi le chirurgien a parfois la main forcée. Telle est, du moins, notre impression, après avoir consulté les observations du service de notre Maître, M. le Professeur Guyot. De nombreuses malades avaient attendu longtemps, trop longtemps avant de se décider à l'intervention. Quand elles l'acceptèrent, les lésions du périnée, des parois vaginales, du col de l'utérus s'étaient aggravées, suppuraient et avaient par contre-coup retenti sur l'état général, d'autant que la grande majorité de nos opérées étaient des femmes de la campagne chez lesquelles l'hygiène est plus ou moins bien respectée.

Notre statistique est honnête, intégrale et non pas composée de cas soigneusement triés en vue d'obtenir des résultats brillants.

CONCLUSIONS

1° La grossesse, l'accouchement avec déchirure du périnée, le « lever précoce », ont un rôle prépondérant dans l'étiologie des prolapsus génitaux.

2° Les prolapsus génitaux apparaissent fréquemment chez les femmes en période d'activité génitale.

3° Il y aurait intérêt pour les malades à poser précocement l'indication opératoire. Le port d'un pessaire ne guérit pas, ou très rarement, et complique sérieusement l'intervention future.

4° Avant chaque intervention, les chirurgiens devront faire un examen approfondi de leurs malades, en insistant particulièrement sur l'état du cœur, des poumons et sur le fonctionnement rénal. L'examen bactériologique des sécrétions vaginales pratiqué systématiquement, évitera des échecs dûs à la présence de streptocoques dans celles-ci.

5° Les indications de la colpoperinéorraphie peuvent être étendues aux femmes âgées. Elle n'est pas plus meurtrière que les diverses méthodes d'hystéropexie et nous semble supérieure, car elle est une opération anatomique, qui combat la lésion là où elle se trouve.

6° Dans son exécution il faut prendre un grand soin :

a) à la désinfection du champ opératoire.

b) à ne pas faire des points perforants au niveau de la paroi recto-vaginale.

c) à bien reconstituer le plan des releveurs de l'anus.

7° Sur les 110 interventions figurant dans notre statistique, nous relevons 100 résultats excellents à la sortie des malades. Ils ont tous été soigneusement contrôlés par les divers moyens d'exploration utilisés en gynécologie.

8° Nous ne pouvons apporter une étude d'ensemble des résultats éloignés. Mais nous avons revu plusieurs des malades, opérées de nombreuses années auparavant, dont le périnée était solide, en excellent état.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine, ou recourir à mes soins, je les soignerai sans salaire, ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire:

Vu :

Le Doyen,

Pierre MAURIAC.

Vu, bon à imprimer :

Le Président de thèse,

J. GUYOT.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 6 Décembre 1938.

Le Recteur de l'Académie,

G. BOUSSAGOL.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE. — De la bascule ant. de l'utérus avec suture des ligaments ronds aux releveurs de l'anus dans le trait. des prolapsus génitaux, *Congrès Français Chirurgie Paris*, 1913, p. 341, et *Arch. Mensuelles Obs. et Gyn. Paris*, déc. 1912, p. 481.
- ABBE (Robert). Fixation of the round ligaments in Alexander's opération, *Annals of Surgery Philadelphie*, décembre 1896, p. 699.
- ANDRÉ. — *Du trait. du prolapsus utérin par le procédé de Le Fort*. Thèse, Paris, 1889.
- BARNES (R.). — *Traité clinique mal. femmes*, Paris, 1876, p. 540.
- BALDY et KELLY. — *Colpo-Périnée. Procédé Emmet*.
- BARDON COOKE HIRST. — A contribution to the efficiency of plastic, opérations in the vagina, *America J. of Obst. New-York*, 1905, t. II, p. 100.
- BÉGOUIN et SAVARIAUD. — Sur le trait. des prolapsus génitaux, *Congrès Français Chirurgie*, 1923.
- BOUILLY et LOEWY. — Procédé opératoire pour la cure des grands prolapsus génitaux, *Rev. Gyn. et Chir. abdominale. Paris*, 1902, t. VI, p. 579.

BORDIER. — *Supériorité des opérations sur le vagin et d'une nouvelle opération en particulier dans les prolapsus utérins*. Thèse Bordeaux, 1893-94.

BOURCART. — *Ann. Gyn. Paris*, 1907, p. 705.

BROCQ et NORA. — *Journ. de Chir.*, mai 1923, t. XXI, p. 338.

BOLDT (H.-J.). — *Southern Surgical Trans.*, 1922, t. XXXV, p. 325.

BUMM in STAEDLER (H.). — *Arch. f. Gen. Berlin*, 1899, t. LVIII, p. 492.

BUBURA. — *Zeitsch. für Geb. u. Gyn.*, 1901, t. XLV, p. 422.

CHAPUT. — *Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris*, 1905, p. 337.

CHILD (Charles-F.). — A review of the operative treatment of cystocèle in the past one hundred years, *Amer. J. of Obst. New-York*, 1906, t. II, p. 514.

COTTE et CREYSSEL. — *Journ. Chirurg.*, août 1922, t. XX, p. 145.

DELIVET. — *De la colpectomie totale*. Thèse, Paris, 1920.

DESMARET. — *Bulletin et Mém. Soc. Chirurg. Paris*, 1920, p. 662.

DOLÉRIS. — *Nouvelles archives Obs. et Gyn.*, février 1889, p. 49.

DELANGLADE. — *Bull. et Mém. Soc. Chirurg. Paris*, 1902, p. 1.140, et 1905, p. 361.

DUJARIER et LARGET — Colpectomie totale chez les femmes âgées, *Jour. Chir. Paris*, 1925, t. XXIV, p. 283.

- DUTAUZIN. — Thèse, Paris, 1887.
- DUVERGEY (J.). — Procédé nouveau de colpopérinéorrhaphie,
Presse Médicale, n° 104, 1906.
- FAURE (J.-L.). — *Congrès Français Chirurgie*, 1923, p. 311.
- FLAISCHEN. — *Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Berlin*, 1899, t. IX,
p. 261, et t. XI, p. 309
- FRANZ. — *Gynecologische Operationen*, 1925.
- FREUND. — *Centr. Bl. f. Gyne. Leipzig*, 1893, p. 1.081.
- FOURMESTREAUX (J. de). — Cerclage vaginal dans le trait. des
prolapsus génitaux chez les femmes âgées, *Bull. et
Mém. Soc. Chirurg. Paris*, 1923, p. 845, et *Congrès
Français Chirurgie*, 1923, p. 322.
- FRITSCH. — *Centr. Bl. f. Gyn. Leipzig*, 1900, n° 2.
- GROVES (Ernest W. Hey). — *Journal of Obst. and Gyn. of
the British Empire*, 1905, t. VII, p. 187, et *Ann.
Gynéc. Paris*, 1905, p. 367.
- GUYOT (J.) et VILLAR (J.). — *Revue Fr. Gynécologie et Obs-
tétrique*, janvier 1928.
- HARTMANN (Henri). — *Gynécologie opératoire*, p. 152-488.
- HART (B.) et BARBOUR (F.). — *Manuel Gynéco.* Paris, 1886,
p. 610.
- HARTMANN et BOUCHET (du). — *Annales Gynéc. Paris*, jan-
vier 1893, p. 45.

JUVARA. — *Presse Médicale*, Paris, 1901, p. 178.

KÖNIG. — Müller method of Colpectomie for utérine prolapse,
The Jour. of Obs. u. Gyn. of the Britisch Empire,
1903, t. II, p. 295.

KOCHER. — Chir. operationlehre, *Arch. f. Gyn. Berlin*, 1893,
t. XLIV, p. 348.

LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU (Félix). — *Traité médico-chi-
rurgical de Gynéc.*, p. 455.

LENORMANT et PETIT-DUTAILLIS. — Amputation haute du col
utérin combinée à la colpectomie (opération de
Bouilly) dans le trait. des prolapsus génitaux, *Jour.
Chir. Paris*, 1914, t. XII, p. 425.

LAPOINTE. — *Bulletin et Mém. Soc. Chirurg. Paris*, 1920.

MULLER (C.). — *Gynécologie Obs.*, 1927, t. XVI, p. 448.

NEUGEBAUER. — *Centr. Bl. f. Gyn.*, 1885, p. 6.

PIERREFONT (Ch. de). — *Prolapsus génitaux symptomatiques*.
Thèse, Paris, 1903-04.

POZZI (S.). — *Traité gynécologie clinique et opératoire*, p. 696.

QUÉNU et PASTEAU. — *Ann. mal. org. génito-urinaires*, 1896,
p. 289.

QUÉNU. — Rapport sur des observations de Lejars, *Bull. et
Mém. Soc. de Chirurgie*, Paris, 1893, p. 729.

RICHELOT. — *Chirurgie de l'utérus*, p. 219.

ROUSSEAU. — *Du trait. de certains prolapsus utérins par oblitération cul-de-sac Douglas*. Thèse, Paris, 1908-09.

SAVARIAUD. — L'opération de Muller pour prolapsus, *Ann. Gyn. Paris*, 1906, p. 660, et *Congrès Français Chirurgie*, Paris, 1923, p. 292.

TÉMOIN (D.). — Thèse, Paris, 1889.

TRÉLAT (V.). — Leçons sur les prolapsus des organes génitaux de la femme, *Ann. Gyn.*, mai 1888, t. XXIX, p. 321.

VINEBERG (Hiram N.). — Vaginal supra cervical hysterotomy with interposition of the cervical stump of cystocele and procidentia associated with enlargement of the uterus, *Trans. of the Amer. Gynec. Society*, 1921, t. XLVI, p. 18.

VIOLET. — VI^e Congrès Gyn. et Obs. Toulouse, septembre 1912.

WERTHEIM. — *Centr. Bl. f. Gyn. Leipzig*, 1900, n° 2.

WORMSER. — Die Kolpectomie zur Berichtigung der prolapsus alterer Frauen, *Mon.-f. Geb. u. Gyn. Berlin*, 1898, t. I, p. 367.

IMPRIMERIES

GRENOUILLEAU-LANDAIS & LES FILS
BORDEAUX
